

ОТКАЗ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЕГИСЗ¹

Я, _____,
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"__" ____ г. рождения (указывается дата рождения гражданина),

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина)

подтверждаю, что Общество с ограниченной ответственностью «Международный медицинский центр Медикал Он Груп - Мытищи», адрес: 141009, Московская область, г. Мытищи, ул. Колонцова, строение 5А, этаж 3, помещение 24, далее - «Оператор»

- (1) проинформировал о возможности реализации моего права на доступ к медицинской документации посредством портала «ГОСУСЛУГИ» путем передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ;
- (2) я заявил отказ от передачи персональных данных в ЕГИСЗ;
- (3) дальнейших претензий к Оператору по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____/_____
Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

«__» ____ 20__ года
Дата оформления

¹ ЕГИСЗ - единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, которая создана, развивается и эксплуатируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения. Положение о единой системе, в том числе порядок доступа к информации, содержащейся в ней, порядок и сроки представления информации в единую систему, порядок обмена информацией с использованием единой системы, утверждается Правительством Российской Федерации (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 N 140 (ред. от 30.11.2022) "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (вместе с "Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения").